

Le Signe de Rossolimo

dans

la Sclérose en plaques

THESE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier
le 15 juillet 1942

PAR

Emile ROUAYRENC

né à Perpignan le 17 Juillet 1916

*Médecin auxiliaire de la Marine
Externe des Hôpitaux de Bordeaux*

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

MM. L. RIMBAUD, professeur, *Président*.
BOULET, professeur.
P. RIMBAUD, agrégé.
BOUCOMONT, agrégé.

PERPIGNAN

IMPRIMERIE DE « L'INDÉPENDANT », 14, RUE DE LA LOGE 4524

1942

Le Signe de Rossolimo

dans

la Sclérose en plaques

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 55

FACULTÉ DE MÉDECINE

Le Signe de Rossolimo

dans

la Sclérose en plaques

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

le 15 juillet 1942

PAR

Emile ROUAYRENC

né à Perpignan le 17 Juillet 1916

Médecin auxiliaire de la Marine

Externe des Hôpitaux de Bordeaux

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

MM. L. RIMBAUD, professeur, *Président*.
BOULET, professeur.
P. RIMBAUD, agrégé.
BOUCOMONT, agrégé.

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Chaires :

Anatomie
 Histologie
 Physiologie
 Chimie biologique médicale et toxicologie ..
 Physique médicale
 Anatomie pathologique et médec. expériment.
 Microbiologie
 Pathologie et thérapeutique générales
 Thérapeutique et matière médicale
 Hydrologie thérapeutique et climatologie ..
 Hygiène
 Médecine légale et médecine sociale
 Pathologie médic. et clin. propédeutique
 Clinique médicale

MM. J. DELMAS.
 TURCHINI.
 HÉDON.
 CRISTOL.
 PECH.
 BAUMEL.
 LISBONNE.
 PAGES.
 JANBON.
 PUECH.
 CARRIEU.
 VIDAL.
 BOULET.
 L. RIMBAUD.
 GIRAUD, *doyen*.
 MASSABAUU, *assesseur*.
 RICHE.
 P. DELMAS.
 EUZIERE, *doy. hon.*
 BOUDET.
 MARGAROT.
 ETIENNE.
 JEANBRAU.
 LAPEYRE.
 DEJEAN.
 TERRACOL.

Clinique chirurgicale

Clinique obstétricale
 Clinique des maladies ment. et nerveuses ..
 Clinique des malad. des enf. et hyg. 1^{er} age.
 Clinique de dermato-syphiligraphie
 Clinique chirurg. infantile et orthopédie
 Clinique des maladies des voies urinaires ...
 Clinique gynécologique
 Clinique ophtalmologique
 Clinique d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-fac.

Charges de cours :

Anatomie
 Histologie
 Radiologie
 Propédeutique chirurgicale

LAUX.
 GRANEL.
 LAMARQUE.
 AIMES.

Professeurs honoraires

MM. TÉDENAT, FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS, CABANNES
 GALAVIELLE, VIRES, BOSCH, VILLARD, GRYNFELTT.

Chargés d'enseignements complémentaires

MM.
 Chimie MONNIER, *agréé*.
 Microbiologie ... CARRERE, *agréé*.
 Hist. nat. méd... HARANT, *agréé*.
 Pharmacologie .. HARANT, *agréé*.
 Pathologie médic. BOUCOMONT, *agr*
 — BERT, *agréé*.
 Propédeutiq. méd. P. RIMBAUD, *agr*.
 Clinique des mal. JANBON, *profes*.
 contagieuses ...

MM.
 Clinique de la tu-berculose VIDAL, *professeur*.
 Pathologie chir... MOURGUE-MOLINÉS, *agréé*.
 — — — TRUC, *agréé*.
 Chirurgie expér.. GUIBAL, *agréé*.
 Médecine, opérat. ROUX, *agréé*.
 Accouchements .. CADERAS DE KERLEAU, *agréé*.
 Stomatologie FERRIER, *dr en méd.*

Agrégés en exercice

MM.
 Médecine P. RIMBAUD.
 — BOUCOMONT.
 — BERT.
 — LAFON, *chargé d'agr*.
 Chimie MONNIER.
 Bactériologie ... CARRERE.
 Hist. nat. médic.. HARANT.

MM.
 Chirurgie MOURGUE-MOLINÉS.
 — GUIBAL.
 — ROUX.
 Urologie TRUC.
 Accouchements.. CADERAS DE KERLEAU.

Examineurs de la thèse

MM. L. RIMBAUD, *professeur, président*. MM. P. RIMBAUD, *agréé*.
 BOULET, *professeur*. BOUCOMONT, *agréé*.



A MA MÈRE, A MON PÈRE

*à eux dont la vie de travail, de
dévouement a été et restera
toujours pour moi un vivant
exemple.*

*En témoignage de ma profonde
affection.*

A MA BELLE-MÈRE

*en remerciant de son affec-
tion.*

A MA FEMME

A MA FILLE CATHERINE

A MON CAMARADE PIERRE DUBOURG,

mort au champ d'honneur.

A MES CAMARADES DE PROMOTION.

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL SOLCARD,

Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes Coloniales,
Associé National de l'Académie de Chirurgie,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de Guerre 1914-1918.

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF VARACHE

Sous-Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes Coloniales,
Officier de la Légion d'honneur,
Médaille militaire,
Croix de Guerre 1914-1918.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR LOUIS RIMBAUD

Professeur de Clinique Médicale,
Officier de la Légion d'honneur.

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX
DE BORDEAUX

1937-1939.

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX
DE MONTPELLIER

1940-1942

AVANT-PROPOS

Au seuil de notre vie professionnelle et au terme de nos études, nous voulons remercier tous ceux qui nous ont aidé, tous ceux qui nous ont prodigué leur enseignement et leurs conseils.

Qu'il nous soit ainsi permis de rappeler notre arrivée à la Faculté de Médecine de Montpellier et l'accueil si bienveillant que M. le Professeur L. Rimbaud nous y réservait. Il nous a permis de suivre son si remarquable et si lumineux enseignement, nous apprenant la nécessité du bon sens clinique. Nous lui devons le meilleur de notre formation médicale. En nous faisant le très grand honneur de nous confier ce travail, il a ajouté une dette de plus à notre reconnaissance ; qu'il nous soit permis de lui exprimer notre respectueuse admiration, en même temps que le témoignage de notre profonde gratitude.

Nous remercions bien vivement le Docteur H. Serre, chef de Clinique à la Faculté, qui nous a aidé dans ce travail et qui a bien voulu nous honorer de son amitié.

INTRODUCTION

Dans le tableau clinique de la sclérose en plaques les traités classiques insistent, parmi les signes objectifs, sur l'hyperréflexivité, le signe de Babinski et l'abolition des réflexes cutanés abdominaux, qui révèlent au clinicien l'atteinte médullaire et lui permettent d'établir son diagnostic. Etant donné la longueur d'évolution de cette maladie, on n'est pas en droit d'omettre la moindre recherche, la moindre possibilité, pour porter précocement ce diagnostic, avant que la démarche ataxo-spasmodique, la dysarthrie, le nystagmus et le tremblement ne viennent l'imposer. Si jusqu'à maintenant les moyens thérapeutiques ne permettent pas d'enrayer l'évolution de cette affection, il est permis d'espérer que l'avenir en verra mettre en œuvre d'autres qui ne seront plus palliatifs mais curatifs. A ce moment, diagnostiquer précocement la sclérose en plaques sera alors une nécessité.

C'est l'étude des modifications des réflexes qui pourra rendre les services les plus précieux et ceci en raison de leur caractère objectif, de leur très grande valeur sémiologique et de la précocité de leur apparition. Parmi les symptômes qui entrent en ligne de compte pour l'établissement du diagnostic de la sclérose en plaques, nous nous proposons d'étudier le signe plantaire de Rossolimo.

A l'étranger, GOLDFLAM, en 1930, établit que le réflexe de Rossolimo a une importance spéciale dans le diagnostic de la sclérose en plaques et particulièrement dans la période initiale de la maladie.

En 1933, KRABBE et ELLERMANN, après des recherches effectuées sur 150 malades dans un service de neurologie, arrivent à des conclusions un peu différentes et n'attribuent au signe de Rossolimo qu'une importance secondaire, malgré sa fréquence dans le tableau clinique de la sclérose en plaques.

En France, c'est notre Maître, M. le Professeur L. RIMBAUD, qui, en 1937, attira l'attention des neurologistes français sur la valeur séméiologique du signe de Rossolimo.

En 1941, le Professeur L. RIMBAUD et le Docteur H. SERRE ont souligné, à propos d'une série de cas, l'extrême fréquence et la haute valeur diagnostique du signe de Rossolimo dans la sclérose en plaques.

Notre travail a pour seul but de montrer dans diverses observations de sclérose en plaques, à divers stades d'évolution, l'existence du signe de Rossolimo et sa précession sur les autres signes, en particulier sur celui de Babinski.

Nous rapportons 26 observations, que nous devons à l'extrême obligeance de notre Maître, M. le Professeur L. RIMBAUD et dans lesquelles la recherche minutieuse des réflexes plantaires a permis de mettre en évidence la signification et l'importance du réflexe de Rossolimo. Ce réflexe a été étudié aussi bien comme signe isolé, que comme signe associé et surtout par rapport aux autres réflexes du pied, tels que ceux de Babinski et de Bechterew-Mendel, généralement recherchés au cours d'un examen neurologique complet.

Notre travail comporte deux parties. Dans la première, nous étudierons le signe de Rossolimo, la technique de sa recherche et l'interprétation de sa signification en pathologie nerveuse. La deuxième partie comprendra les observations suivies d'un chapitre de synthèse, dans lequel nous essayerons de grouper et de résumer les résultats des recherches des réflexes plantaires effectuées chez tous les malades des cas rapportés.

Nous voudrions, dès le début de notre travail, attirer l'attention sur la signification du signe de Rossolimo positif. A n'importe quel moment de l'évolution de la sclérose en plaques, il paraît avoir une importance sur laquelle nous ne saurons trop insister. La valeur diagnostique de ce signe se manifeste surtout dans les formes frustes et latentes et aussi dans les formes aiguës, dont nous rapportons deux cas particulièrement intéressants et instructifs.

Le réflexe de Rossolimo

En 1902, dans la littérature étrangère, on mentionne un signe, décrit par ROSSOLIMO, qui traduit un début d'atteinte pyramidale. L'auteur l'appela d'abord « la flexion réflexe profonde du gros orteil », mais, en 1927, il intitulait une de ses publications : « Mon réflexe ». Ainsi on le désigne sous le nom de signe de Rossolimo.

I. — TECHNIQUE DE LA RECHERCHE

a) Technique initiale : recherche du réflexe du gros orteil

Le malade se trouvant dans la position assise ou dans la position couchée, l'examineur place sa main sous le mollet du patient, de façon à obtenir chez celui-ci un relâchement musculaire complet, et saisit avec sa main droite le pied gauche du malade, ou vice-versa, de telle façon que la face palmaire de l'index, appliquée sur la face plantaire du gros orteil, puisse imprimer à celui-ci un mouvement passif d'extension. On relâche alors ce mouvement et l'on examine ce qui se produit ; on peut observer deux phénomènes différents :

1° Dans la première éventualité, il se produit un léger tremblement de l'orteil d'origine purement mécanique qui ramène celui-ci jusqu'à sa position initiale de repos. Cette éventualité représente l'absence de signe profond du gros orteil ;

2° On peut aussi observer une contraction réflexe des muscles commandant le gros orteil qui détermine soit une flexion, soit plus rarement une extension de ce dernier. On dit alors qu'il existe un réflexe profond du gros orteil en flexion ou en extension.

b) Technique actuelle : recherche du signe de Rossolimo

La nouvelle technique employée consiste, le pied du malade étant immobilisé dans la main de l'observateur, à percuter légèrement et rapidement la face inférieure ou plantaire des orteils, plus particulièrement dans le sillon métatarso-phalangien, soit avec l'extrémité des doigts repliés en crochet, soit à l'aide d'un marteau de Déjerine ou de Babinski.

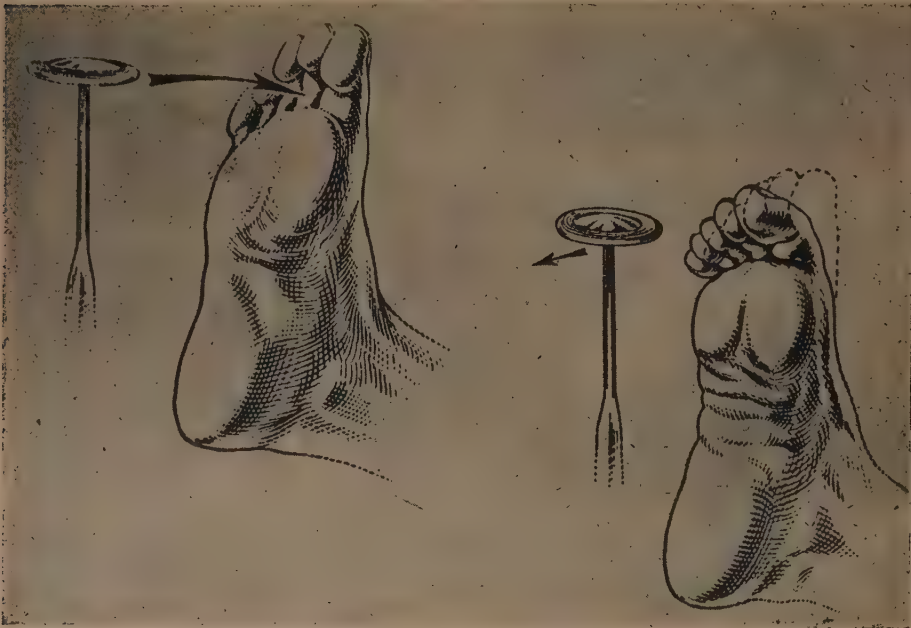


Fig. 1

Fig. 1 et 2 Réflexe de Rossolimo

Fig. 2

Fig. 1 Point de percussion

Fig. 2 Flexion des orteils

On observe alors soit, et c'est le cas le plus habituel, sur les cinq orteils, soit isolément sur le gros orteil, le phénomène de la flexion qui caractérise le signe de Rossolimo. Le signe est négatif quand la percussion détermine seulement un léger retrait des orteils en extension ou lorsqu'elle n'est suivie d'aucun mouvement appréciable, ce qui est habituel chez l'individu normal. Deux autres modalités peuvent être rencontrées dans les réponses obtenues : c'est, d'une part, l'abduction des orteils qui réalise un véritable phénomène de l'éventail et, d'autre part, dans quelques cas exceptionnels, une trépidation épileptoïde du pied, lorsqu'on remplace la percussion des orteils par une pression soutenue de leur face plantaire.

La recherche du signe de Rossolimo peut être gênée par la flexion physiologique des orteils chez certains sujets : notre Maître, le Professeur L. RIMBAUD, défléchit, dans ce cas, les orteils avant de rechercher le réflexe. Ce procédé ne fausse en rien la réponse recherchée ; elle ne fait que la rendre plus nette.

II. — INTERPRÉTATION DU SIGNE DE ROSSOLIMO SA VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE

La signification du réflexe profond du gros orteil est interprétée par ROSSOLIMO de la façon suivante :

a) L'absence du signe répond à l'état normal du système nerveux ;

b) L'extension du gros orteil paraît être l'apanage des sujets à excitabilité générale, et réflexe en particulier, exagérées ; c'est dire qu'on le rencontre habituellement au cours des affections névropathiques de même que dans certaines infections ou intoxications. L'extension du gros orteil correspond en somme

à l'exagération de la réponse normale, qui serait déjà elle-même une réponse en extension trop légère pour être perçue ;

c) *La flexion du gros orteil implique seule l'existence d'une lésion du système pyramidal* et peut être considérée, selon les conclusions de l'auteur, comme signe de certitude.

Le mémoire de 1908, s'il modifie d'une façon importante le mode de recherche et la description du signe de Rossolimo, confirme sa valeur séméiologique en apportant sur ce sujet de plus amples et très importantes précisions.

De toute façon, nous voyons que par deux procédés différents : index plaçant le gros orteil en extension ou percussion à la base des orteils, on détermine une élongation initiale des tendrons fléchisseurs qui déclenche le réflexe. Il s'agit donc là d'un réflexe tendineux.

Le signe de Rossolimo à l'état physiologique

Quant à la valeur séméiologique du réflexe de Rossolimo, il faut dès maintenant insister sur le fait que ce signe est un réflexe pathologique dont la positivité implique un état morbide.

Cependant, NACH et PRISSMANN, et aussi GOLDFLAM et VON RITTMEISTER considèrent le réflexe de Rossolimo comme physiologique chez les petits enfants, leurs opinions étant toutefois divergentes quant à l'âge de disparition de ce réflexe.

En 1936, VON RITTMEISTER concluait que le signe de Rossolimo disparaissait à l'âge de 1 an et demi.

PARTELIDES, faisant porter cette recherche en 1939 sur 400 enfants trouve, qu'à l'âge de 2 mois sa fréquence commence à décroître et, à 6 mois et au-dessus, on ne le trouvait que rarement (3 fois sur 41 enfants).

Le signe de Rossolimo coïncide toujours avec le signe de Bechterew-Mendel, et il est bien plus constant que le signe de Babinski, recherché dans les mêmes conditions.

VON RITTMEISTER considère que le signe de Rossolimo appartient à la catégorie des réflexes propres ou intrinsèques de la

classification d'Hoffmann. Il fait partie de la synergie d'extension et il est en rapport avec le phénomène de préhension du pied qui disparaît vers la même époque que lui. Au fur et à mesure du développement des fonctions propres du pied, il deviendrait latent, et ne serait révélé que par des états pathologiques du névraxe.

Chez l'adolescent et l'adulte normal, le signe de Rossolimo est toujours négatif.

Le signe de Rossolimo à l'état pathologique

Dans la pathologie nerveuse, le signe de Rossolimo apparaît uniquement dans les atteintes des voies pyramidales. Les recherches effectuées par notre Maître, le Professeur L. RIMBAUD, dans les divers syndromes nerveux, ont confirmé la positivité du signe de Rossolimo dans 80 pour 100 des syndromes pyramidaux.

Si l'on envisage le signe de Rossolimo dans les différents types étiologiques des lésions pyramidales, il semble qu'il soit à peu près constant dans la sclérose en plaques, très fréquent dans les lésions médullaires (myélite chronique, hématomyélie, compression médullaire), et beaucoup plus rare dans les lésions hémisphériques du tractus pyramidal.

KRABE et ELLERMANN, de Copenhague, signalent la valeur de ce réflexe qui n'apparaît, comme le signe de Babinski, que chez les malades atteints d'une dégénérescence des faisceaux pyramidaux.

GOLDFLAM donne au signe de Rossolimo une importance spéciale pour le diagnostic de la sclérose en plaques, surtout dans les phases initiales de cette maladie.

Relations entre le signe de Rossolimo, le signe de Babinski et le signe de Bechterew-Mendel.

Si le signe de Rossolimo traduit la souffrance des voies pyramidales, il n'est pas le seul caractéristique de cette atteinte. L'étude comparative des trois réflexes : Rossolimo, Babinski et Bechterew-Mendel démontre que si le Rossolimo coïncide souvent avec le Bechterew-Mendel, il se dissocie fréquemment du Babinski.

Et l'intérêt du Rossolimo tient à ce que dans la sclérose en plaques et dans les lésions pyramidales médullaires cette dissociation se fait presque toujours dans le sens d'une précession du Rossolimo sur le Babinski.

GOLDFLAM avait également remarqué que le signe de Rossolimo dans la sclérose en plaques existait à des phases où il n'y avait encore aucun signe de Babinski, ou à des phases où l'intensité de celui-ci était moins marquée que celle du Rossolimo.

Le comportement des signes de Rossolimo et de Bechterew-Mendel est, par contre, parallèle et la valeur séméiologique de ces deux signes paraît voisine.

Il faut cependant remarquer que, si leur coexistence est fréquente, elle n'est pas constante, et le Bechterew-Mendel manque souvent, là où le Rossolimo existe en l'absence d'un Babinski.

Au contraire, le Bechterew-Mendel ne se rencontre jamais sans Rossolimo. On sait que le signe de Bechterew-Mendel traduit l'atteinte médullaire des voies pyramidales (L. RIMBAUD et P. BOULET).

Ce fait démontre une sensibilité plus grande du signe de Rossolimo pour le dépistage précoce des lésions pyramidales.

L'apparition du signe de Rossolimo dans les hémiplégies anciennes peut faire admettre qu'il se manifeste quand la sclérose descendante atteint son centre médullaire. Mais de

récentes recherches d'auteurs américains semblent infirmer cette conception.

Le Rossolimo, comme le Babinski, aurait une origine encéphalique.

En effet, KENNARD et FULTON, du laboratoire de Physiologie de New-Haven, ont procédé à des ablations chirurgicales partielles sur le cortex du chimpanzé. Ils isolent ainsi et décrivent sous le nom d' « aréa 4 », une zone répondant à la frontale et à la pariétale ascendantes de l'homme, dont la destruction entraînerait une hémiplégie flasque croisée avec signe de Babinski, et une zone prémotrice « aréa 6 » située en avant de la frontale ascendante de l'homme, dont la lésion réaliserait une hémiparésie spastique croisée avec Rossolimo et éventail des orteils.

Ces deux centres corticaux auraient des fibres de projection indépendantes.

Cliniquement, GOLDFLAM arrive aux mêmes conclusions, et admet pour expliquer la dissociation du Babinski et du Rossolimo au cours des états pyramidaux, qu'il aurait une voie différente de la voie pyramidale cheminant à côté d'elle dans les cordons latéraux de la moelle.

D'où la conception pathogénique admettant un centre spinal situé à la hauteur des premier et deuxième segments sacrés. Ce centre spinal, constituant le relais réflexe nécessaire et suffisant, subirait l'influence frénatrice d'une zone corticale située dans la région frontale ascendante des hémisphères avec prédominance dans l'hémisphère gauche.

Il s'ensuit qu'une lésion intéressant le centre cortical ou ses aires de projection, en libérant le centre spinal, rendrait la flexion des orteils manifeste, ce qui correspond au signe de Rossolimo positif.

L'indépendance dans la moelle des fibres de projection du centre du signe de Rossolimo, paraît expliquer sa particulière fréquence dans les maladies de la moelle, du fait de l'atteinte

élective et de la plus grande sensibilité des voies qui lui sont propres.

La valeur séméiologique du signe de Rossolimo doit être tout spécialement souligné dans la sclérose en plaques, où ce signe particulièrement précoce peut caractériser des formes de symptomatologie encore fruste.

OBSERVATIONS

(Dues à l'obligeance de M. le Professeur RIMBAUD)

1^{er} Groupe : Sclérose en plaques classique

Observation n° 1

J... E. M., âgé de 38 ans, se plaint de douleurs des membres inférieurs datant de 2 ans, et de troubles de la marche.

A l'examen on constate : démarche ataxo-spasmodique, ataxie marquée avec signe de Romberg, légère dysmétrie, adiadococinésie.

Hyperréflexivité tendineuse des 4 membres, avec clonus du pied, diminution des réflexes cutanés abdominaux.

Troubles sphinctériens, vésicaux et rectaux.

Diminution de l'acuité auditive unilatérale.

Nystagmus.

Légère dysarthrie scandée.

Troubles de la sensibilité : aux membres inférieurs on constate une anesthésie des pieds et une hypoesthésie des jambes.

Réflexes plantaires :

	d	g
Babinski	0	0
Bechterew-Mendel	+	+
Rossolimo	+	+

Examens de laboratoire :

L. C. R. :	Nageotte	1,4
	Chlorures	8,40
	Albumine	0,70
	Glucose	0,57
	B. W. négatif	
	Benjoin colloïdal	00000.02221.00000
Sang :	Azotémie	0,30
	B. W négatif	
Urines :	normales.	

Observation n° 2

L..., âgé de 40 ans, présente une sclérose en plaques typique, avec démarche ataxo-spasmodique, beau tremblement kinétique, abolition des réflexes abdominaux et nystagmus bilatéral.

Réflexes plantaires :

	d	g
Babinski	++	+
Bechterew-Mendel	0	0
Rossolimo	+	+

Observation n° 3

L..., âgé de 40 ans, présente une sclérose en plaques typique, suivie depuis 1926 jusqu'à ces derniers temps.

A l'examen on constate : une hémiparésie spasmodique à prédominance gauche, léger nystagmus, abolition des réflexes cutanés abdominaux.

Réflexes plantaires :

	d	g
Babinski	+++	+++
Bechterew-Mendel	+	+
Rossolimo	+++	+++

Observation n° 4

G... J., âgé de 37 ans, entre dans le service en octobre 1934, pour gêne de la marche apparue il y a 2 mois. A fait trois chutes avec perte de connaissance. Depuis, léger déséquilibre psychique. Actuellement, se plaint de douleurs dans les membres inférieurs et dans le maxillaire supérieur.

A l'examen on constate : démarche ataxo-spasmodique avec élargissement du polygone de sustentation.

Dysarthrie.

Hyperréflexivité tendineuse globale, avec clonus de la rotule et exagération du réflexe masseterin.

Abolition des réflexes cutanés abdominaux, avec le réflexe médiopubien dissocié : adducteurs +
abdominaux 0

Petits troubles de la sensibilité aux membres inférieurs.

Nystagmus.

Adiadococinésie.

Réflexes plantaires :

	d	g
Babinski	0	léger éventail
Bechterew-Mendel	(+)	+
Rossolimo	+	+

Examens de laboratoire :

L. C. R. : par ponction lombaire et sous-occipitale.

Nageotte	1,6
Albumine	0,37
Chlorures	7,47
Glucose	0,58

B. W. négatif

Benjoin colloïdal : 00000.00000.00000.

Sang : Azotémie 0,32

B. W. négatif.

Urines : normales.

Observation n° 5

D..., âgée de 45 ans, consulte pour impotence passagère des deux membres inférieurs. A la marche, parésie assez nette du membre inférieur gauche.

le 14 novembre 1939 : Hyperréflexivité des 4 membres.

Abolition des réflexes cutanés abdominaux.

Réflexes plantaires :

	g	d
Babinski	+	0
Bechterew-Mendel	0	0
Rossolimo	+++	+++

Revue le 3 février 1941 : Dysarthrie explosive. Démarche spasmodique. Dymétrie importante. Ebauche de tremblement kinétique. Réflexes cutanés abdominaux abolis.

Réflexes plantaires :

	d	g
Babinski	0	+
Bechterew-Mendel	0	+
Rossolimo	+	+++

2^e Groupe : **Sclérose en plaques commune**

Observation n° 6

A... A., âgé de 36 ans, entre dans le service pour douleurs dans les membres inférieurs, apparaissant à l'occasion de la marche ; les douleurs sont du type de crampes, localisées aux genoux, persistant plusieurs heures après le repos. Ces douleurs auraient débuté il y a 3 ans et sont cause d'une impotence fonctionnelle assez considérable.

A l'examen, on constate : Hyperréflexivité tendineuse des 4 membres avec ébauche de clonus du pied droit.

Abolition des réflexes cutanés abdominaux et crémastériens.
Nystagmus bilatéral.

Pas de dysmétrie, pas d'adiadococinésie.

Pas de troubles de la parole importants. Légère difficulté d'élocution.

Réflexes plantaires :

	d	g
Babinski	0	0
Bechterew-Mendel	+	+
Rossolimo	+	+

Examens de laboratoire :

L. C. R. : Nageotte	moins d'1 élément
Albumine	0,55
Chlorures	7,45
Glucose	0,48

B. W. : négatif

Benjoin colloïdal : 00000.02210.00000

Sang : Azotémie 0,30

B. W. : négatif

Urines : normales.

Observation n° 7

A..., âgé de 54 ans, grand hyperémotif cachant un tableau organique qui se révèle par :

Tremblement kinétique.

Hyperréflexivité diffuse surtout à gauche, avec clonus des deux pieds.

Abolition des réflexes cutanés abdominaux.

Réflexes plantaires :

	d	g
Babinski	0	0
Bechterew-Mendel	0	0
Rossolimo	0	++

Observation n° 8 :

A..., âgée de 57 ans, consulte pour impotence des deux membres inférieurs. Ne peut marcher que soutenue par deux personnes. Il s'agit d'une paraplégie spasmodique avec hyper-réflexivité bilatérale, clonus du pied gauche. Nystagmus bilatéral. Abolition des réflexes cutanés abdominaux.

Réflexes plantaires :

	d	g
Babinski	0	0
Bechterew-Mendel	0	0
Rossolimo	++	+++

Observation n° 9

C... L., âgé de 47 ans, consulte pour parésie des membres inférieurs datant de 4 mois, plus nette à droite, et pour gêne dans les membres supérieurs avec tremblement depuis 2 mois.

A l'examen on constate : Hyperréflexivité tendineuse des 4 membres avec clonus du pied à droite. Abolition des réflexes cutanés abdominaux et crémastériens. Léger nystagmus.

Réflexes plantaires :

	d	g
Babinski	+	+
Bechterew-Mendel	0	0
Rossolimo	+	+

Examens de laboratoire :

L. C. R. : Tension 32 cm.
Nageotte 7 lympho.
Albumine 0,70
B. W. négatif
Benjoin colloïdal : positif.

Observation n° 10

S... P., âgé de 28 ans, présente depuis un an des paresthésies des membres inférieurs se manifestant par poussées, suivies d'impotence légère. Troubles vésicaux (incontinence nocturne) et génitaux (impuissance):

A l'examen on constate : Hyperréflexivité tendineuse bilatérale aux membres inférieurs. Abolition des réflexes cutanés abdominaux inférieurs. Très léger nystagmus.

Réflexes plantaires :

	d	g
Babinski	+	+
Bechterew-Mendel	+	+
Rossolimo	+	+

Examens de laboratoire :

L. C. R. : Tension 30
B. W. négatif
Benjoin colloïdal : positif.

Observation n° 11

B... S., âgée de 51 ans, présente depuis un an des troubles paresthésiques du membre inférieur droit, avec hyperréflexivité tendineuse et clonus de la rotule. Démarche cérébello-spasmodique, léger nystagmus et abolition des réflexes cutanés abdominaux.

Réflexes plantaires :

	d	g
Babinski	+	+
Bechterew-Mendel	+	0
Rossolimo	+	+(avec éventail)

Examens de laboratoire :

L. C. R. : Nageotte	1,2
Albumine	1,20

B. W. négatif.

Benjoin colloïdal : positif.

Lipiodol intrarachidien : circulation libre.

Examen ophtalmologique négatif.

Observation n° 12

B..., âgée de 51 ans, depuis 4 ans souffre d'algies et de paresthésies dans le membre inférieur gauche, associées à des troubles névropathiques d'angoisse, d'émotivité et d'insomnie.

Actuellement, présente des vertiges, une démarche hésitante avec mouvements ataxo-spasmodiques du membre inférieur gauche.

Grosse hyperréflexivité bilatérale des 4 membres. Clonus du pied bilatéral, surtout marqué à gauche ; abolition des réflexes abdominaux ; nystagmus dans le regard latéral gauche.

Réflexes plantaires :

	d	g
Babinski	+	+
Bechterew-Mendel	0	++
Rossolimo	+	+

Examens de laboratoire :

Sang : Azotémie 0,38

B. W. négatif.

Observation n° 13

S..., âgé de 51 ans. La maladie a débuté il y a deux ans par des paresthésies et une parésie du pied gauche, puis du membre inférieur droit.

A l'examen on constate : Paresthésies de l'hémiface gauche ; troubles de l'équilibre, titubation.

Exagération générale des réflexes tendineux ; abolition du crémasterien à droite, abolition des réflexes cutanés abdominaux des deux côtés.

Ebauche de nystagmus dans le regard latéral droit ;

Dysmétrie des deux mains et des membres supérieurs.

Ni dysarthrie, ni tremblement.

Réflexes plantaires :

	d	g
Babinski	0	0
Bechterew-Mendel	0	0
Rossolimo	++	+

En outre, le malade présente une arthropathie ankylosante des doigts et de l'épaule droite, et des signes de sclérose cardiaque.

Observation n° 14

A... P., âgé de 49 ans, atteint depuis 2 ans de troubles moteurs et sensitifs à évolution progressive.

A l'examen on constate : Une importante hémiparésie droite réalisant presque le type de l'hémiplégie spasmodique.

Ebauche de parésie spastique du côté gauche, qui paraît s'amorcer depuis peu.

Légère dysmétrie et incoordination du membre inférieur droit.

Ebauche de tremblement kinétique du membre supérieur droit.

Grosse hyperréflexivité des 4 membres prédominant à droite, avec clonus du pied à droite et ébauche de clonus à gauche.

Abolition des réflexes cutanés abdominaux.

Réflexes plantaires :

	d	g
Babinski	0	0
Bechterew-Mendel	+	0
Rossolimo	++	+

3^e Groupe : **Sclérose en plaques fruste**

Observation n° 15

B... E., âgée de 40 ans, présente une paraplégie spasmodique, installée progressivement depuis 2 ans, incomplète et prédominant à droite.

A l'examen on constate : Hyperréflexivité tendineuse des 4 membres, avec réflexes polycinétiques et clonus du pied bilatéral.

Abolition des réflexes cutanés abdominaux.

Léger nystagmus.

La malade arrive à faire quelques pas sans appui, la démarche est très lente, mal assurée, un peu saccadée.

Réflexes plantaires :

	d	g
Babinski	0	+
Bechterew-Mendel	0	0
Rossolimo	0	0

Examens de laboratoire :

L. C. R. : Nageotte 1,2
 Albumine 0,60
 Chlorures 7,65
 Glucose 0,45

B. W. négatif

Benjoin colloïdal : ?????22221.00000

(L. C. R. en quantité insuffisante).

Sang : Azotémie 0,40

B. W. négatif

Urines : légères traces d'albumine.

Observation n° 16

C..., âgée de 58 ans, le seul symptôme éprouvé est une paresthésie des membres inférieurs et sensation douloureuse dans le membre inférieur gauche, sans troubles de la marche. Terrain de psychopathie.

A l'examen on constate : Hyperreflectivité tendineuse bilatérale.

Réflexes plantaires :

	d	g
Babinski	<u>+</u>	<u>+</u>
Bechterew-Mendel	0	0
Rossolimo	+++	+++

Observation n° 17

V..., âgé de 36 ans, présente des paresthésies des deux membres inférieurs, avec une légère hyperreflectivité rotulienne et une parésie très légère des extenseurs du pied droit.

Suivi depuis 3 ans, son état reste pratiquement inchangé.

Réflexes plantaires :

au premier examen :

	d	g
Babinski	+	0
Bechterew-Mendel	0	0
Rossolimo	+++	0

au dernier examen :

Babinski	+	0
Bechterew-Mendel	+	0
Rossolimo	+++	0

(Diagnostic de sclérose en plaques confirmé par le Professeur GUILLAIN).

Observation n° 18

F..., âgé de 45 ans, présente une névrauxite basse avec syndrome parétique des deux membres inférieurs. Quelques phénomènes douloureux. Abolition des réflexes cutanés abdominaux. Nystagmus douteux.

Réflexes plantaires :

	d	g
Babinski	0	0
Bechterew-Mendel	+++	++
Rossolimo	+++	+++

Revu 6 mois après. Amélioration des phénomènes douloureux. Etat moteur inchangé.

Babinski	0	0
Bechterew-Mendel	+	0
Rossolimo	+++	+++

4^e Groupe : Sclérose en plaques latente

Observation n° 19

R..., âgée de 51 ans, ne se plaint que de troubles digestifs (anorexie et pesanteur après les repas) ; en outre, présente une cataracte de l'œil gauche et une chorio-rétinite de l'œil droit. Aucun trouble neurologique subjectif ni fonctionnel, mais on trouve une hyperréflexivité bilatérale des membres inférieurs, avec clonus du pied et de la rotule.

Réflexes plantaires :

	d	g
Babinski	0	0
Bechterew-Mendel	+	0
Rossolimo	+++	+++

Observation n° 20

R... C., âgée de 33 ans, entre dans le service pour vomissements incoercibles datant de 1 mois, avec aménorrhée. Possibilité de grossesse, mais la réaction de Brouha est négative. (Deux grossesses antérieures avec vomissements incoercibles).

Au cours de l'examen du système nerveux on constate :

Hyperréflexivité tendineuse des 4 membres plus marquée à droite (avec Bechterew-Mendel de la main). Pas de clonus.

Nystagmus dans le regard latéral gauche.

Pas de troubles de la sensibilité.

Abolition des réflexes cutanés abdominaux, à l'exception du supérieur gauche, qui est conservé.

Pas de dysmétrie, pas d'adiadococinésie.

Réflexes plantaires :

	d	g
Babinski	0	0
Bechterew-Mendel	+	+
Rossolimo	+	+

Examens de laboratoire :

L. C. R. : Nageotte	moins d'1 élément
Albumine	Q. de L. C. R. insuffisante.
Chlorures	7,80
Glucose	0,90

B. W. négatif

Benjoin colloïdal : 00000.02100.00000

Sang : Azotémie : 1 gr., mais qui baisse jusqu'à 0,40

Urines : traces nettes d'albumine.

Observation n° 21

D... R., âgé de 21 ans, entre dans le service pour observation de l'appareil respiratoire : point de côté à droite avec amaigrissement et quelques signes légers du sommet droit.

Au cours de l'examen du système nerveux on constate :

Hyperréflexivité globale avec clonus de la rotule et léger clonus du pied.

Abolition des réflexes cutanés abdominaux à droite, réflexes normaux à gauche.

Pas d'adiadococinésie, pas de dysmétrie.

Petit tremblement des deux membres supérieurs à l'extension du membre et à l'écartement des doigts.

Pas de nystagmus. Démarche normale.

Réflexes plantaires :

	d	g
Babinski	0	0
Bechterew-Mendel	+	+
Rossolimo	++	+++

Observation n° 22

A... R., âgé de 38 ans, entre pour observation de l'appareil circulatoire. Accuse des paresthésies et une fatigabilité du membre inférieur gauche.

A l'examen du système nerveux on constate :

Hyperreflectivité bilatérale avec clonus du pied.

Réflexes cutanés abdominaux normaux.

Pas de nystagmus, pas de dysmétrie.

Réflexes plantaires :

	d	g
Babinski	0	0
Bechterew-Mendel	0	0
Rossolimo	0	+

Examens de laboratoire :

Sang : Azotémie 0,32

B. W. négatif

Urines : normales.

5^e Groupe : Sclérose en plaques atypique

Observation n° 23

S... J., âgé de 38 ans, a présenté une hémiplégie droite avec aphasie à début brutal sans perte de connaissance il y a 2 ans. Récupération motrice en 2 mois, avec persistance des troubles de la parole. Depuis 6 mois présente des troubles de la marche.

A l'examen on constate : Démarche légèrement spasmodique à droite.

Hyperreflectivité tendineuse bilatérale avec clonus du pied.
Abolition des réflexes cutanés abdominaux.

Légère adiadococinésie à droite.

Dysarthrie bredouillante, petit déficit psychique.

Léger nystagmus.

Réflexes plantaires :

	d	g
Babinski	+	?
Bechterew-Mendel	+	0
Rossolimo	++	+

Examens de laboratoire :

L. C. R. : Nageotte	6,8 lympho
Albumine	0,60
Chlorures	8,00
Glucose	0,44

B. W. négatif

Benjoin colloïdal : 00000.22222.10000

Sang : Azotémie 0,52

B. W. négatif

Urines : traces nettes d'albumine.

Observation n° 24

Ch... G., âgé de 26 ans, entre dans le service pour amyotrophie de la cuisse gauche, précédée d'une douleur de même siège, apparue il y a un an.

A l'examen on constate :

à la mensuration : il existe une différence de 5 cm., à 20 et à 30 cm. au-dessus de la rotule, de 7 cm., à 10 cm. au-dessus de la rotule, avec fibrillation du quadriceps.

Hyperréflexivité tendineuse des 4 membres.

Abolition des réflexes cutanés abdominaux et du crémasterien droit. Nystagmus.

Réflexes plantaires :

	d	g
Babinski	0	éventail
Bechterew-Mendel	0	+
Rossolimo	0	+

Examens de laboratoire :

L. C. R. :	Nageotte	2
	Albumine	0,25
	Chlorures	7,00
	Glucose	0,65
	B. W. négatif	
	Benjoin colloïdal :	00000.22100.00000.
Sang :	Azotémie	0,40
	B. W. négatif	
Urines :	normales.	

Evolution : après 1 mois de traitement, disparition des douleurs spontanées, persistance des douleurs provoquées (ostéome des adducteurs visible à la radiographie). Diminution nette de l'amyotrophie, la mensuration montre une différence de 2 à 3 cm., à 20 et à 30 cm. au-dessus de la rotule.

Hyperréflexivité surtout marquée à gauche. Abolition des réflexes cutanés abdominaux à gauche. Réflexes de Babinski, Bechterew-Mendel et Rossolimo positifs à gauche.

Après 1 an et demi, le malade revient dans le service. Persistance des douleurs à la marche, mais amélioration considérable. Nouvelle poussée depuis 3 mois : douleurs et troubles de la marche. Atrophie de 4 cm., à 14 cm. de la rotule.

Hyperréflexivité plus marquée à gauche (clonus gauche).

Abolition des réflexes cutanés abdominaux inférieurs et moyens.

Léger nystagmus.

Réflexes plantaires :

	d	g
	éventail	éventail
Babinski		
Bechterew-Mendel	0	+
Rossolimo	0	+

6^e Groupe : **Sclérose en plaques aiguë**

(Observations publiées dans la *Revue Neurologique*, n° 5, mai 1938, par MM. L. RIMBAUD, H. SERRE, J. BOUCOMONT et M. GODLEWSKI).

Observation n° 25

R... Marguerite, 49 ans, institutrice, entre à l'hôpital le 22 déc. 1937. Elle accuse, comme seul symptôme, une gêne progressive de la marche qui a débuté vers le milieu du mois de novembre 1937. Sa santé, jusqu'alors, était très bonne ; elle se plaignait seulement depuis trois à quatre mois d'une insomnie rebelle.

Un examen, fait auparavant le 16 décembre, avait permis de constater une démarche hésitante et titubante, nettement cérébelleuse avec légère spasticité, une dysarthrie du type explosif, du nystagmus dans le regard latéral, une hyperréflexivité tendineuse des quatre membres sans signe de Babinski, de Bechterew-Mendel, ni de Rossolimo, et une abolition des réflexes cutanés abdominaux supérieurs. L'état psychique était normal.

Antécédents : Aucune maladie antérieure. Son père est mort d'un ictus à 69 ans : il était hémiplégique depuis l'âge de 63 ans. Sa mère est décédée à 69 ans : elle était diabétique. Sa famille comprenait au total 8 frères ou sœurs. Quatre sont morts ; un frère à 4 mois ; une sœur à 7 ans d'une diphtérie, une autre à 39 ans d'une cardiopathie, et la quatrième à 49 ans d'un cancer du sein. Un frère et trois sœurs sont en bonne santé ; l'une d'elles a cependant été traitée, il y a quelques années, pour neurasthénie. Une nièce de la malade a présenté, cinq mois auparavant, des troubles psychiques qui ont nécessité un séjour dans une maison de santé.

Examen : A l'entrée à l'hôpital existent de légers troubles

psychiques caractérisés par de l'hyperémotivité et de l'euphorie. La parole est lente et scandée.

La démarche est nettement cérébello-spasmodique. La force musculaire est conservée. Il existe un tremblement intentionnel marqué aux membres supérieurs. On constate une légère dysmétrie.

Pas de trouble de la sensibilité.

Les réflexes tendineux et ostéo-périostés sont exagérés. Cependant, pas de clonus.

Réflexes plantaires :

	d	g
Babinski	0	0
Bechterew-Mendel	0	0
Rossolimo	0	+

Les réflexes cutanés abdominaux sont abolis à gauche, conservés à droite.

Pas de troubles trophiques ni sphinctériens.

Les pupilles sont égales et contractiles. On note un nystagmus horizontal dans le regard latéral vers la gauche.

L'examen des autres appareils ne montre aucune anomalie. Température : 37°5 ; pouls : 88.

Examens de laboratoire :

L. C. R. : Tension 25 cm.

Nageotte 0,6

Albumine 0,40

Chlorures 7,20

Glucose 0,57

B. W. négatif

Benjoin colloïdal : 00000.02221.00000.

Sang : Azotémie 0,39

B. W. négatif

Urines : normales.

Evolution : Le traitement comporte des injections intra-veineuses alternées de septicémine et d'arsylène glucosé.

Les jours suivants, apparaissent des troubles mentaux importants : délire avec hallucination terrifiante et agitation extrême, nécessitant l'administration de somnifène, de gardénal et même l'emploi de la camisole de force.

Le 27 décembre, la malade est plus calme, elle a le regard fixe, on note une tendance aux attitudes catatoniques. Elle répond difficilement aux questions, demeure désorientée et en grande partie indifférente. La parole est scandée et très lente. La marche est impossible, mais la force musculaire explorée en position couchée est conservée. La dysmétrie et le tremblement persistent aux membres supérieurs ; l'ataxie est très marquée aux membres inférieurs. Les réflexes tendineux sont toujours exagérés sans clonus. On note une ébauche de Babinski et un léger signe de Rossolimo à gauche, pas de signe de Bechterew-Mendel ; aucune modification à droite. La température est à 37°8, 38°.

Le 29 décembre, la malade est plongée dans une profonde torpeur dont on ne peut la tirer temporairement, que par de vives excitations. Le regard est fixe, sans clignement des paupières. La langue est très saburrale, la température à 38°.

Réflexes plantaires :

	d	g
Babinski	0	+
Bechterew-Mendel	0	0
Rossolimo	0	++

L'hyperréflexivité tendineuse s'accroît surtout à gauche.

Le 31, apparaissent des troubles sphinctériens vésicaux, à type de rétention avec miction par regorgement. La malade ne répond plus et présente du pleurer spasmodique. La température atteint 38°6. Le soir, elle entre dans le coma avec respiration de Cheyne-Stokes et meurt le 3 janvier.

Observation n° 26

R... Adeline, 61 ans, institutrice, consulte le 18 janvier 1938. C'est la sœur de la précédente malade : elle vivait avec elle depuis de nombreuses années et l'a soignée pendant toute sa maladie. On avait pu ainsi constater, à cette occasion, l'absence de signe pathologique chez R... Adeline.

Dès le lendemain de la mort de sa sœur, le 4 janvier, elle remarque une gêne de la parole avec lenteur du débit, sans aucun autre symptôme pendant une semaine. Puis la dysarthrie s'accuse, en même temps qu'apparaissent une asthénie marquée, une insomnie rebelle et une vive inquiétude provoquée par la crainte d'une maladie semblable à celle qui vient d'emporter sa sœur. L'état psychique est parfait. Il n'existe pas de trouble de la marche.

Rien à noter dans les antécédents personnels.

A l'examen : Dysarthrie explosive typique ; démarche normale. Pas de nystagmus. On constate une hyperréflexivité tendineuse diffuse avec léger clonus du pied gauche.

Réflexes plantaires :

	d	g
Babinski	0	0
Bechterew-Mendel	0	0
Rossolimo	+	++

Apyrexie. On institue un traitement par iodaseptine sous-cutanée et uroformine *ab ore*.

La malade est revue deux semaines après, le 3 février 1938 : la dysarthrie est notablement accrue, la parole est lente, scandée, explosive et parfois bredouillante.

La démarche tend à prendre le type spasmodique avec légère instabilité. Pas de signe de Romberg. La force musculaire est conservée ; les épreuves de Grasset-Gaussel, de Mingazzani sont négatives. Pas de modification du tonus. On note un tremblement intentionnel surtout accusé aux membres supérieurs,

existant aussi aux membres inférieurs, une dysmétrie de moyenne intensité et une légère adiadicocinésie.

La sensibilité est normale à tous les modes.

Les réflexes achilléens et rotuliens sont exagérés, avec ébauche de clonus du pied à gauche. Le réflexe médio-pubien est normal. Les réflexes tendineux et ostéo-périostés sont exagérés aux membres supérieurs.

Réflexes plantaires :

	d	g
Babinski	0	0
Bechterew-Mendel	0	0
Rossolimo	+	++

Les réflexes cutanés abdominaux supérieurs sont abolis des deux côtés ; le cutané abdominal inférieur est aboli à droite, conservé à gauche. Pas de troubles trophiques ni sphinctériens.

Les pupilles sont égales et contractiles. Léger nystagmus horizontal dans le regard latéral vers la droite.

Il existe de très légers troubles psychiques : euphorie alternant avec des crises de désespoir.

La langue est très saburrale et la constipation accusée. Aucune anomalie à l'examen des autres appareils. Température à 38°. Pouls 84. Tension artérielle 16-8.

Examens du laboratoire :

Sang : Azotémie 0,25

B. W. négatif.

Hémogramme : gl. rouges	4.192.000
gl. blancs	10.500
hémoglobine	80 %
valeur globulaire	0,95
neutrophiles	56 %
éosinophiles	5 %
grands mono	8 %
lymphocytes	31 %
pas de formes anormales.	

L'hémoculture en bouillon a été négative.

La ponction lombaire a été refusée.

Evolution : Le traitement comporte des injections de 10 cm³ de septicémine tous les deux jours et l'ingestion d'arsylène glucosé. Mais la dysarthrie s'accroît : des intervalles très longs séparent les mots et même les syllabes, de sorte que la parole devient très difficilement compréhensible.

Le 11 février, la démarche est nettement cérébello-spasmodique. On note une impotence partielle du membre supérieur gauche, apparue depuis quelques jours. Il n'existe pas de Babinski, l'excitation plantaire provoque cependant une abduction des orteils en éventail. La température se maintient aux environs de 37°5, 37°7 le soir ; le pouls est à 100. Les autres signes demeurent inchangés.

Le 19 février, la parole est absolument inintelligible, l'articulation du moindre mot est impossible, mais la malade conserve en grande partie sa lucidité. La parésie du membre supérieur gauche s'est accentuée. La marche est devenue difficile et la malade fait des chutes. Le tremblement intentionnel est des plus importants ; il existe aussi un tremblement de la langue avec mouvements de trombone. L'hyperréflexivité tendineuse accrue est plus marquée à gauche, où il existe du clonus de la rotule ; le clonus du pied est bilatéral. Aux membres supérieurs on note un réflexe de flexion des doigts à la percussion du carpe à gauche.

Réflexes plantaires :

	d	g
Babinski	0	0
Bechterew-Mendel	0	0
Rossolimo	+	++

Le 25 février : hémiplegie gauche totale, avec impotence du membre inférieur qui est souple, contracture en flexion du membre supérieur et parésie faciale. La malade ne parle plus et ne marche plus. Les troubles psychiques sont très accusés ;

elle exécute difficilement les ordres donnés et montre une indifférence absolue.

Le 28 février, la malade ne peut plus s'alimenter sans aide ; la station debout est impossible, le sphincter vésical est incontinent. L'hémiplégie persiste, avec grande prédominance du membre supérieur, dont la contracture est irréductible.

Réflexes plantaires :

	d	g
Babinski	0	+
Bechterew-Mendel	0	0
Rossolimo	++	++

Les réflexes cutanés abdominaux sont abolis des deux côtés. La température est à 37°7 le soir ; le pouls bat à 100 — 120. Tension artérielle 14 — 7,5.

La malade entre dans le coma le 5 et meurt le 7 mars 1938.



Le Signe de Rossolimo dans la Sclérose en plaques

Les 26 observations que nous venons de résumer dans le chapitre précédent, en le groupant suivant six types cliniques différents, offrent un matériel très intéressant pour l'étude du signe de Rossolimo au cours de la sclérose en plaques.

FRÉQUENCE :

Tout d'abord, il y a lieu de souligner l'existence d'un signe de Rossolimo positif dans tous les cas étudiés sauf un (observation n° 15). Cette fréquence, qui atteint une proportion de 95 pour 100, confirme l'opinion émise, à plusieurs reprises à ce sujet, par notre Maître, M. le Professeur L. RIMBAUD.

Les malades dont l'affection appartient au groupe de *sclérose en plaques classique*, caractérisée par les signes cardinaux : démarche cérébello-spasmodique, tremblement, dysarthrie et nystagmus présentent tous un signe de Rossolimo fortement positif.

Ceux qui réalisent la *sclérose en plaques commune* présentent un tableau clinique qui est moins caractéristique. Nous y retrouvons les symptômes essentiels de cette forme clinique de sclérose

4

en plaques, décrits par notre Maître le Professeur L. RIMBAUD dans son Précis de Neurologie : « Les paresthésies, les troubles de la marche, la diminution de l'acuité visuelle, quelques légers signes cérébelleux et labyrinthiques, le nystagmus, l'hyperréflexivité tendineuse avec en général signe de Rossolimo et de Babinski plantaires positifs, l'abolition des réflexes abdominaux, la réaction du benjoin positive dans le liquide céphalo-rachidien, l'évolution lente par poussée ».

Dans chacun des 9 cas que nous rapportons, le signe de Rossolimo est positif et vient ajouter sa valeur objective à tous les autres symptômes.

Les malades atteints de *sclérose en plaques fruste*, consultent pour des troubles parétiques, en grande partie très peu caractéristiques, et dans trois cas sur quatre la présence d'un signe de Rossolimo positif permet d'orienter le diagnostic du côté d'une atteinte médullaire.

Ainsi, dans l'observation n° 15, le diagnostic de sclérose en plaques est étayé sur une abolition des réflexes cutanés abdominaux et la constatation d'un nystagmus. Ici c'est la présence d'un signe de Babinski positif qui rend évident l'atteinte du faisceau pyramidal. Le signe de Rossolimo fait défaut.

Par contre, dans l'observation n° 16, le signe de Rossolimo est net alors que celui de Babinski est douteux, et dans l'observation n° 17 on peut noter une parésie des extenseurs du pied droit, une légère hyperréflexivité rotulienne et la présence d'un Rossolimo avec Babinski, d'abord douteux, puis positif. Ces symptômes constatés au cours d'une évolution très longue (en 3 ans l'état du malade est resté sans changement) signent la nature de l'atteinte du système nerveux.

Dans l'observation n° 18, à la parésie des deux membres inférieurs viennent s'ajouter l'abolition des réflexes cutanés abdominaux et un nystagmus douteux. L'évolution, avec la régression des phénomènes douloureux et la présence d'un Rossolimo très net fait porter le diagnostic de sclérose en plaques.

Dans tous ces cas, nous nous trouvons devant un ensemble

clinique qui rappelle celui d'une sclérose en plaques au début de son évolution. Si dans un cas la présence du signe de Babinski signe l'atteinte médullaire du faisceau pyramidal, dans les autres, en l'absence d'un signe de Babinski, la présence d'un Rossolimo permet d'orienter le diagnostic.

A ce propos, nous croyons intéressant de citer l'observation publiée dans la Revue Neurologique de 1933, par M^{me} HALINAJOS, de Varsovie, dans laquelle il s'agissait d'une jeune malade de 17 ans, qui présentait apparemment tous les signes de l'entité morbide de Devis (neuro-myélite optique). Vu l'extension considérable du processus, la réaction du benjoin colloïdal positive et la persistance du signe de Rossolimo, ainsi que l'apparition inattendue de l'hémianopsie bitemporale, laquelle, en l'absence des signes radiologiques de la selle turcique, devait être liée à une nouvelle poussée au niveau de chiasma, on a admis que ce syndrome médullo-optique représenterait plutôt le début brusque d'une sclérose en plaques.

En ce qui concerne les formes de *sclérose en plaques latente*, la plupart des malades viennent consulter pour des troubles très divers, étrangers au domaine de la neurologie. L'examen systématique du système nerveux a permis de découvrir chez eux des signes objectifs, en particulier la présence d'un signe de Rossolimo. Si l'on tient compte de son extrême fréquence dans les autres cas de sclérose en plaques rapportés, nous sommes en droit de penser à une sclérose en plaques latente.

Deux observations font partie du groupe de *sclérose en plaques atypique* ; l'une d'elle s'accompagne d'hémiplégie, dans l'autre, les signes sont localisés à un côté du corps, du moins dans une première phase, et il existe une importante amyotrophie d'un membre inférieur. La constatation du signe de Rossolimo a été précieuse pour porter précocement un diagnostic que l'évolution a confirmé.

Dans les deux dernières observations enfin, il s'agit de *sclérose en plaques aiguë*, évoluant chez deux sœurs à un mois et demi d'intervalle. Chez la deuxième malade, la symptomatologie se réduisait, au début, à trois signes : dysarthrie, hyperré-

flectivité et signe de Rossolimo. En raison de la mort récente de sa sœur et de la constitution émotive de la malade, on aurait pu interpréter la dysarthrie comme un phénomène pithiatique, ou tout au moins hésiter à affirmer le diagnostic sur une simple exagération des réflexes. Malgré le caractère exceptionnel des faits, le signe de Rossolimo a permis d'identifier précocement la sclérose en plaques et de porter dès le début un pronostic fatal.

RAPPORT AVEC LES AUTRES TROUBLES REFLEXES

Le signe de Rossolimo est beaucoup plus fréquent et plus précoce que le signe de Bechterew-Mendel et le signe de Babinski.

Alors que le Rossolimo existe chez 25 de nos malades, le Bechterew-Mendel est noté 15 fois (dont 7 fois d'un côté), et il faut ajouter que, chez 6 de ces malades, ce réflexe est léger ou même douteux.

Hâtons-nous d'ajouter que chaque fois que le signe de Bechterew-Mendel est positif le Rossolimo l'est également. On ne rencontre pas de Bechterew-Mendel positif seul. Ceci confirme d'une façon très nette la conception du Professeur L. RIMBAUD, pour qui le signe de Bechterew-Mendel est un Rossolimo diffusé.

Chez 20 malades seulement on trouve un signe de Babinski, dont 6 fois unilatéral, dans 4 cas il est léger ou incertain.

Au total, le signe de Rossolimo existe seul pendant toute l'évolution dans 6 cas ; chez 8 malades, il s'accompagne seulement d'un Babinski et d'un Bechterew-Mendel unilatéral et léger, parfois même difficile à affirmer.

Dans la deuxième observation du groupe de sclérose en plaques aiguë, le signe de Rossolimo était le premier constaté. Dans la suite, ce signe persistait et on voyait apparaître, en même temps que se constituait une hémiplégie gauche, un signe de Babinski du même côté. Du côté opposé, le signe Rossolimo devenu très net, demeurait isolé.

Il y a là une remarquable confirmation de l'opinion soutenue par le Professeur L. RIMBAUD, qui pense que le signe de Babinski

traduit l'atteinte du faisceau pyramidal surtout dans son trajet encéphalique, alors que le signe de Rossolimo témoigne d'une altération pyramidale surtout de siège médullaire.

Dans les observations que nous rapportons, les réflexes cutanés abdominaux sont abolis chez 17 de nos malades, diminués ou partiellement modifiés dans 4 cas. Parfois on les voit disparaître au cours de l'évolution, alors que le Rossolimo existe déjà depuis longtemps. Il est donc intéressant de souligner que l'abolition des réflexes cutanés abdominaux, signe capital de la sclérose en plaques pour les classiques, est moins précoce et moins fréquente que le signe de Rossolimo.

Ces faits montrent l'importance de la constatation du signe de Rossolimo pour le diagnostic et dans certains cas pour le pronostic de la sclérose en plaques.

CONCLUSIONS

En résumé, l'étude des observations que nous rapportons montre :

Que dans les scléroses en plaques *classiques* la constatation d'un signe de Rossolimo positif n'offre qu'un intérêt secondaire, en raison de la présence d'un tableau symptomatique complet, qui est déjà largement suffisant pour signer la nature de la lésion.

Que dans les formes *communes* de la sclérose en plaques, la présence du signe de Rossolimo, qui vient ajouter sa valeur objective aux symptômes déjà existants, permet d'affirmer formellement un diagnostic parfois délicat.

Que l'extrême *fréquence* avec laquelle on rencontre le signe de Rossolimo positif dans les formes de sclérose en plaques nettement caractérisées, autorise à considérer ce signe comme élément important de diagnostic dans les cas où l'absence des signes objectifs rend le diagnostic particulièrement difficile.

Qu'ainsi, dans les formes *frustes*, la présence du signe de Rossolimo suffit pour orienter le diagnostic du côté d'une atteinte médullaire.

Que dans les formes *latentes*, le signe de Rossolimo constitue souvent le seul symptôme qui est susceptible de donner une base objective à un ensemble de troubles, que l'on risque de considérer comme purement fonctionnels et pour lesquels il ne paraît pas exister de substratum anatomique évident.

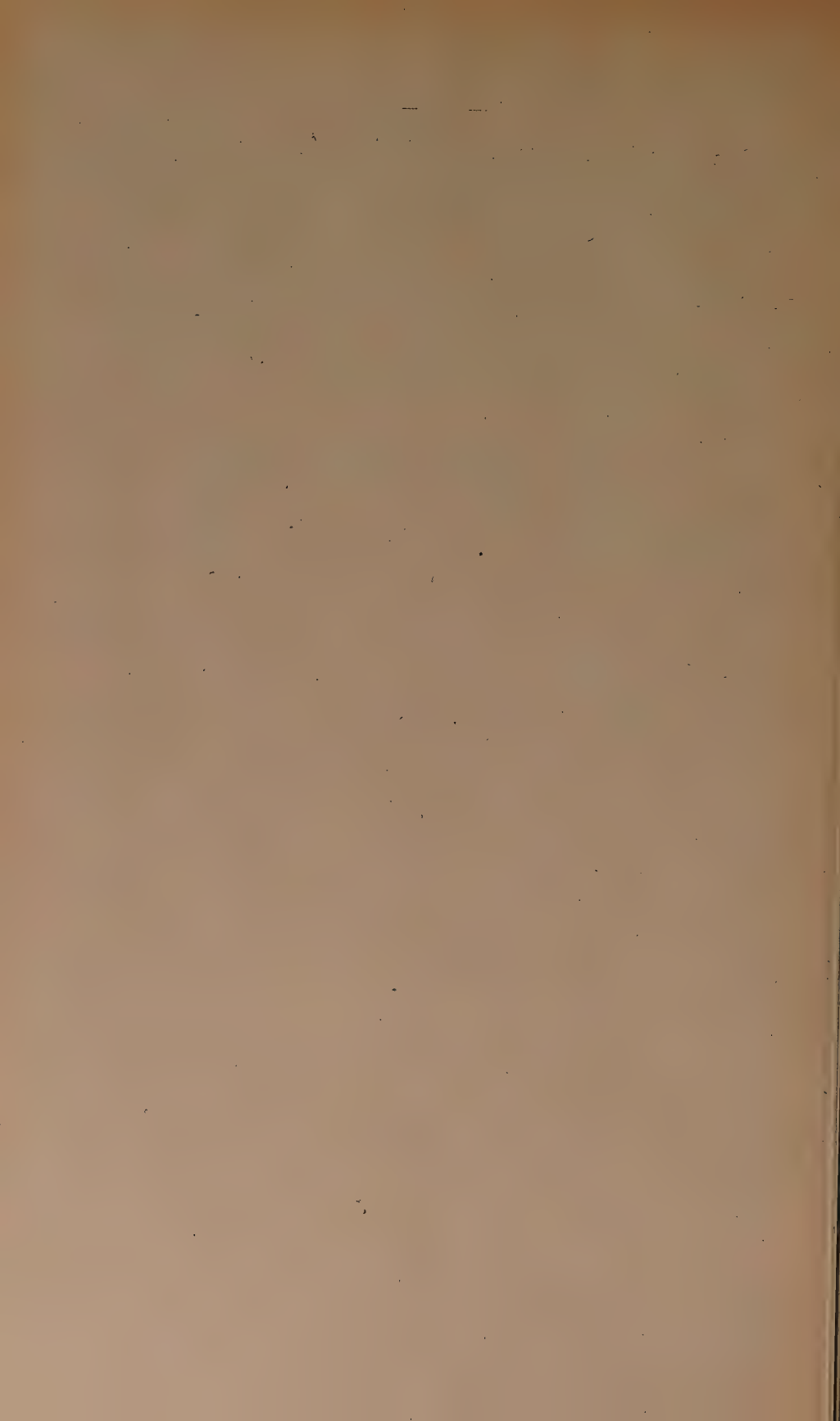
Que dans les formes *aiguës* de la sclérose en plaques, la constatation du signe de Rossolimo permet d'établir très précocement le diagnostic et le pronostic que l'évolution de la maladie vient ensuite confirmer.

Toutes les observations rapportées confirment la valeur diagnostique du signe de Rossolimo dans la sclérose en plaques, où ce signe particulièrement précoce peut caractériser des formes de symptomatologie encore fruste, et où sa présence permet d'affirmer une participation pyramidale, en l'absence d'un signe de Babinski.

Nous avons eu, par ailleurs, l'occasion de constater en parcourant les observations de sclérose en plaques publiées à l'étranger que de très nombreux auteurs attachent une importance capitale au signe de Rossolimo, le recherchant toujours soigneusement et vérifiant souvent son évolution au cours de la maladie. Tous reconnaissent à ce signe une valeur diagnostique de première importance.

« Certes, on rencontre aussi le signe de Rossolimo dans d'autres affections médullaires et, à titre exceptionnel, dans certains syndromes encéphaliques, mais par son extrême fréquence et sa précocité, il acquiert dans la sclérose en plaques une valeur telle, qu'on doit hésiter à porter ce diagnostic quand ce réflexe est normal ». (L. RIMBAUD et H. SERRE).





BIBLIOGRAPHIE

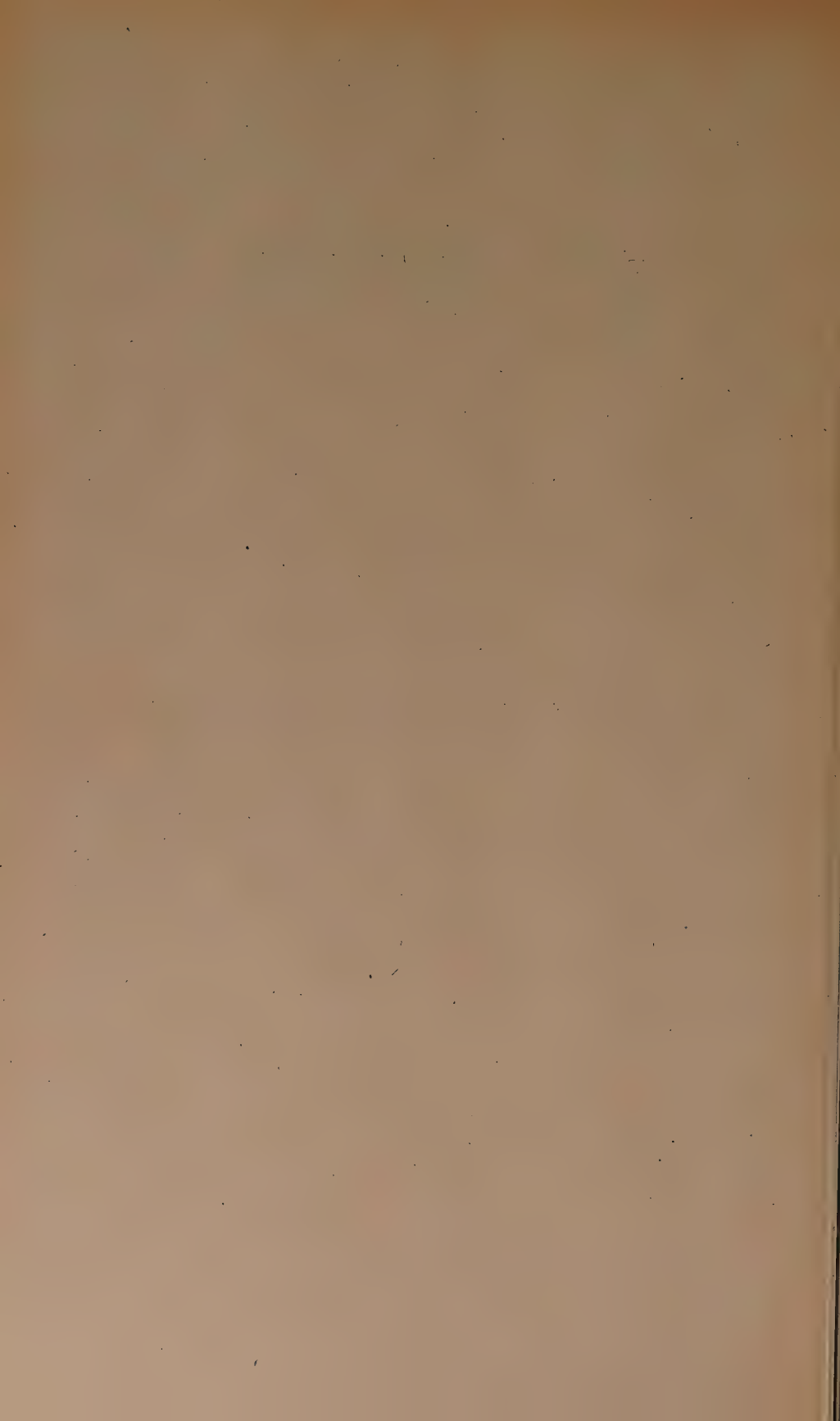
- L. BABONNEIX : *Le signe de Rossolimo et les réflexes du pied dans les lésions pyramidales.* (Gaz. des Hop., 21 sept. 1938, p. 1.208-1.209).
- H. K. G. BARTSTRA : *Rossolimo reflex.* (Psychiat. et neurol., 37, 55-56, janvier-février 1933).
- FINKELSTEIN et KACZYNSKI : *Le symptôme de Rossolimo dans les maladies externes et internes.* (Polska gazeta lekarska, 17 février 1935).
- GOLDFLAM S. : *Zur Bewertung des Rossolimischen Reflexes.* (Nervenarzt 1, 356, juin 1928).
- GOLDFLAM S. : *Die diagnostische Bedeutung des Rossolimoschen Reflexes bei Erkrankungen des Zentralnerven-systemes.* (Neurol. Psychiat. Psychol., Grenzgebiete, 1930).
- HALINAJOS (M^{me}) : *Le syndrome de Devic au début d'une sclérose en plaques.* (Soc. de Neurol. de Varsovie, in Revue Neurol., 16 mars 1933, p. 178).
- KENNARD et FULTON : *Localizing significance of spasticity reflex grasping and signe of Babinski and Rossolimo.* (Brain 56, July 1933, p. 213-225).
- KRABBE et ELLERMANN : *Recherches sur le réflexe de Rossolimo.* (Acta Psychiat. et Neurol., 8, 1933, p. 241-246).
- G. PARTELIDES : *Contribution à l'étude du réflexe plantaire de la flexion des orteils. Réflexe de Rossolimo et sa valeur sémeiologique.* (Thèse de Montpellier, 1937).
- L. RIMBAUD : *Précis de Neurologie.* (Edit. G. Doin).
- L. RIMBAUD et P. BOULET : *Etude du réflexe de Bechterew-Mendel ; sa valeur sémeiologique.* (Presse médicale, 7 mars 1925, p. 297-298).
- L. RIMBAUD et G. ANSELME MARTIN : *Le signe de Rossolimo et les réflexes du pied dans les lésions des voies pyramidales.* (Montpellier médical, n° 1, juillet 1938, p. 1-11).

- L. RIMBAUD, G. ANSELME MARTIN et G. PARTELIDES : *Le signe de Rossolimo, sa valeur diagnostique*. (Soc. de Sciences, Méd. et Biol. de Montpellier, 5 janvier 1937, p. 117-119).
- L. RIMBAUD, G. ANSELME MARTIN et G. PARTELIDES : *Le signe de Rossolimo*. (Soc. de Neurol., 4 février 1937, p. 227-232).
- L. RIMBAUD et H. SERRE : *Le signe de Rossolimo dans la sclérose en plaques*. (Montpellier médical, mai-juin 1941, p. 135-142).
- L. RIMBAUD, H. SERRE, J. BOUCOMONT et M. GODLEWSKI : *Sclérose en plaques aiguë rapidement mortelle évoluant à un mois et demi d'intervalle chez deux sœurs : rôle probable de la contagion*. (Revue Neurol., 5 mai 1938, p. 526-531).
- ROSSOLIMO : *Le réflexe du gros orteil*. (Revue Neurol., vol. 10, p. 723, 1902).
- ROSSOLIMO : *Der Zehenreflex*. (Neurol. Centralblatt, 1908).
- ROSSOLIMO : *Die experimental didaktische methode im Unterricht der Nervenkrankheiten*. (Zeitschr. f. d. ges. neurol. u. psych. 107, p. 16-26, 1927).
- ROSSOLIMO : *Mein Zehenreflex*. (Deutsch. Zeitschr. f. Nervenkrankheiten n. 1927; in Revue Neurol., 1928).
- RUSSETSKI : *Sur le phénomène des doigts analogue au signe de Rossolimo, décrit par W. Sterling*. (Revue Neurol., mars 1927).
- W. STERLING : *L'inversion du signe de Rossolimo comme l'expression d'un syndrome hémiplégique pseudo-bulbaire*. (Soc. de Neurol. de Varsovie, in Revue Neurol., n° 2, févr. 1934).
- G. VOSS : *Das Verhalten der spastischen Reflex im Sauglings und im frühen Kindersalter*. (Monatschr. f. Kinderh., 50, p. 331-339, 1932).
- VON RITTMEISTER : *La signification clinique et biologique du réflexe de Rossolimo*. (Arch. suisses de neurol. et psych., in Ann. méd. psych., n° 1, janvier 1938, p. 140).
- WILAWSKI : *Research on Rossolimo reflex by graphic method*. (Med. doswiad. I, in Spol., 1932, p. 234-240).



TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	13
INTRODUCTION	15
LE REFLEXE DE ROSSOLIMO	17
TECHNIQUE DE LA RECHERCHE	17
INTERPRÉTATION DU SIGNE DE ROSSOLIMO ET SA VALEUR SÉMIÉOLOGIQUE	19
à l'état physiologique	20
à l'état pathologique	21
RELATIONS ENTRE LE SIGNE DE ROSSOLIMO, LE SIGNE DE BABINSKI ET LE SIGNE DE BECHTEREW-MENDEL.....	22
OBSERVATIONS	25
LE SIGNE DE ROSSOLIMO DANS LA SCLÉROSE EN PLAQUES	49
FRÉQUENCE	49
RAPPORTS AVEC LES AUTRES TROUBLES RÉFLEXES	52
CONCLUSIONS	55
BIBLIOGRAPHIE	57



En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

*LE SIGNE DE ROSSOLIMO
DANS LA SCLÉROSE EN PLAQUES*
par M. Emile ROUAYRENC

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 27 mai 1942.

Le Professeur,

L. RIMBAUD.

Vu :

Montpellier, le 1^{er} juin 1942.

Le Doyen,

G. GIRAUD.

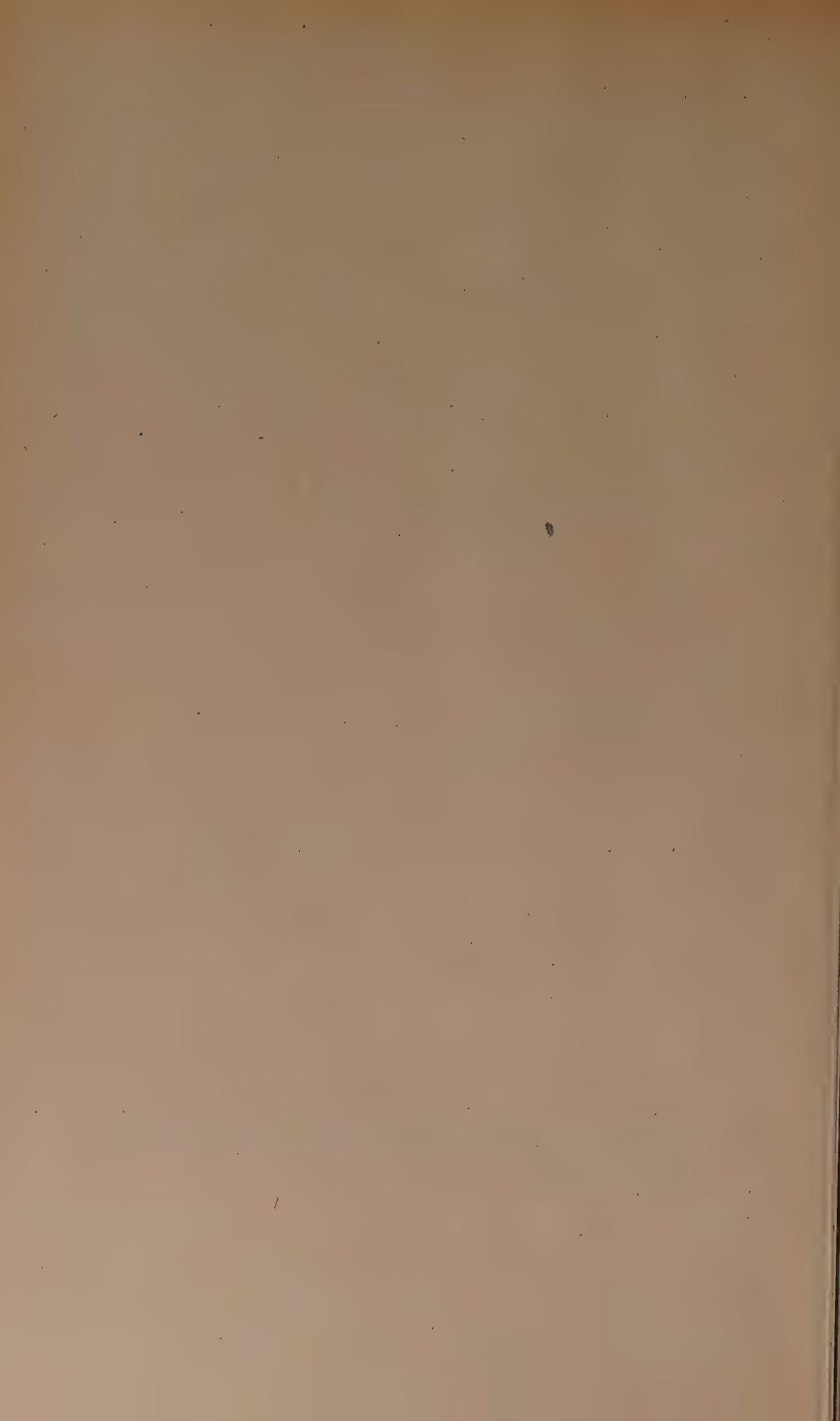
VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 2 juin 1942.

Lé Recteur,

J. SARRAILH.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises
dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées
comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approba-
tion ni improbation.



SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me sont confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.
